

## سازگاری فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار در خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی

دکتر یاسمن متقی‌پور<sup>1</sup>، دکتر جمال شمس<sup>2</sup>، دکتر نیلوفر ثالثیان<sup>3</sup>، دکتر ونداد شریفی<sup>4</sup>، دکتر جواد علاقبندراد<sup>4</sup>

### Cultural Adaptation, Validity and Reliability of Persian Version of Experience of Caregiving Inventory in Families of Patients with Severe Mental Disorders

Yasaman Motaghipour\*, Jamal Shams<sup>a</sup>, Niloofar Salesian<sup>b</sup>, Vanda Sharifi<sup>c</sup>, Javad Alaghband Rad<sup>c</sup>

#### Abstract

**Objectives:** This study aims to evaluate the cultural adaptation, validity and reliability of the Persian version of Experience of Caregiving Inventory (ECI) in families of patients with severe mental disorders. **Method:** After the translation and cultural adaptation of ECI, 225 family members of patients with severe mental disorders completed the ECI, the General Health Questionnaire (GHQ-28) and a demographic questionnaire. The Split half test was used to assess reliability. To determine internal consistency, Cronbach's alpha test and the concurrent validity was calculated by Pearson's correlation between the GHQ-28 and the ECI total negative score. **Results:** Reliability of the Inventory as assessed by the Spearman-Brown correlation coefficient was 0.80. The range of the Cronbach's alpha for each subscale, total negative score and total positive score was 0.51 to 0.90. Pearson's correlation between the GHQ-28 score and the total negative score was 0.37 ( $p < 0.01$ ). **Conclusion:** The Persian version of the ECI has good reliability and validity for family members of patients with severe mental disorders.

**Key words:** Experience of Caregiving Inventory; cultural adaptation; validity; reliability

[Received: 2 May 2010; Accepted: 21 July 2010]

#### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف سازگاری فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار (ECI) در خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی انجام شد. **روش:** پس از برگردان ECI و پشت‌سر گذاشتن مراحل برای سازگاری فرهنگی، 225 نفر از اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی به ECI، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. پایایی به دو روش دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ و روایی به دو صورت هم‌زمان (همبستگی با GHQ-28) و همگرا (همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با هم و با نمره کل) ارزیابی شد. **یافته‌ها:** پایایی با کاربرد ضریب همبستگی اسپیرمن-براون 0/80 و میزان ثبات درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌ها، نمره کل منفی و نمره کل مثبت 0/51-0/90 به دست آمد. ضریب همبستگی پیرسون میان نمره کل منفی ECI و GHQ-28 نیز 0/37 ( $p < 0/01$ ) بود. **نتیجه‌گیری:** ECI برای اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی روایی و پایایی قابل‌قبولی دارد.

**کلیدواژه:** پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار؛ سازگاری فرهنگی؛ روایی؛ پایایی

[دریافت مقاله: 1389/2/12؛ پذیرش مقاله: 1389/4/30]

<sup>1</sup> دکترای روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانپزشکی، تهران، ولنجک، بیمارستان آیت‌الله... طالقانی، بخش روانپزشکی، دورنگار: 021-22432581 (نویسنده مسئول) E-mail: ymotaghipour@gmail.com<sup>2</sup> روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و

گروه روانپزشکی،<sup>3</sup> پزشک عمومی، بیمارستان روزبه؛<sup>4</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران.

\* Corresponding author: PhD. in Counseling Psychology, Associate Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Department of Psychiatry, Ayatollah Taleghani Hospital, Velenjak, Tehran, Iran. IR. Fax: +9821-22432581, E-mail: ymotaghipour@gmail.com;

<sup>a</sup> Psychiatrist, Assistant Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Center for Behavioral Science Studies and Psychiatry Department; <sup>b</sup> General Practitioner, Roozbeh Hospital; <sup>c</sup> Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences.

## مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده‌اند روش‌های مداخله در خانواده<sup>1</sup> با هدف ایجاد ارتباط با خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی و آموزش و حمایت از آنان در کاهش میزان بازگشت<sup>2</sup>، شمار بستری و میزان فشار بر خانواده<sup>3</sup> مؤثر است (دیکسون<sup>4</sup>، آدامز<sup>5</sup> و لاکستد<sup>6</sup>، 2000؛ پاروا<sup>7</sup>، ماری<sup>8</sup>، راتبون<sup>9</sup> و ونگ<sup>10</sup>، 2006). در سال‌های اخیر همکاری با خانواده بیماران، بر پایه توانایی‌ها و نیازهای خانواده، مورد تأکید قرار گرفته است که با باورهای پیشین که خانواده را آسیب‌زاد<sup>11</sup> می‌دانست، متفاوت است (هاتفیلد<sup>12</sup> و لفلای<sup>13</sup>، 1987؛ مارش<sup>14</sup>، 1992).

با توجه به اهمیت نقش خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی، ارزیابی مشکلات و فشارهای وارد بر خانواده‌ها ضرورت دارد. نبود یا کمبود چنین برنامه‌هایی، به‌ویژه در ایران - که بیشتر بیماران با خانواده خود زندگی می‌کنند و با محدودیت تخت‌های بیمارستانی و امکانات پس از ترخیص مواجه هستیم - فشار و استرس بیشتری بر خانواده تحمیل می‌کند (متقی‌پور، پورمند، ملکی و داویدیان، 2001؛ ملکوتی و همکاران، 2003). برای ارزیابی میزان این فشار، هم‌چنین ارزیابی میزان اثربخشی مداخله در خانواده با هدف بهبود تجربه مراقبت از بیمار، مقیاس‌های گوناگونی تنظیم شده و به کار رفته است (شین<sup>15</sup>، تسلر<sup>16</sup> و گامچه<sup>17</sup>، 1994)، برخی از این مقیاس‌ها نیز در فرهنگ‌های گوناگون اعتباریابی شده است (چیئن<sup>18</sup> و نورمن<sup>19</sup>، 2004؛ تاریکون<sup>20</sup>، لیس<sup>21</sup>، اشموکلر<sup>22</sup>، باسی<sup>23</sup> و براردی<sup>24</sup>، 2006). یکی از پرسش‌نامه‌های تدوین شده در سال‌های اخیر، پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار<sup>25</sup> (ECI) است که برای ارزیابی تجربه مراقبت خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی، هم‌چنین برای ارزیابی میزان اثربخشی آموزش روان‌شناختی مراقبان بیمار به کار می‌رود (اشموکلر و همکاران، 1996؛ هاروی<sup>26</sup>، برنز<sup>27</sup>، فاهی<sup>28</sup>، مانلی<sup>29</sup> و تاتان<sup>30</sup>، 2001). ECI بر پایه مفهوم «ارزیابی مراقبت»<sup>31</sup> و در چارچوب نظریه «استرس - ارزیابی - مقابله»<sup>32</sup> تعریف شده است. بر مبنای این الگو، تجربه مراقبت از بیمار از ارتباط و تداخل میان بیماری عضو خانواده و عوامل مؤثر در دنیای داخل و خارج از زندگی مراقب بیمار شکل می‌گیرد (تاریکون و همکاران، 2006). ECI تمامی تجربه‌های مثبت و منفی مراقب بیمار را دربرمی‌گیرد و تقابل بیماری را با

روش‌های سازگاری و رویارویی با استرس، از دیدگاه مراقب بیمار، ارزیابی می‌کند. اشموکلر و همکاران (1996) برای تدوین ECI مراحل گوناگون مصاحبه با خانواده بیماران و مرور پرسش‌نامه‌های موجود برای تنظیم فهرست گویه‌ها تا تنظیم فهرست نهایی و اعتباریابی آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>33</sup> (GHQ) (گلدبرگ<sup>34</sup> و ویلیامز<sup>35</sup>، 1998) را پشت‌سر گذاشته‌اند. ثبات درونی<sup>36</sup> نسخه ایتالیایی ECI به‌روش آلفای کرونباخ<sup>37</sup> و روایی<sup>38</sup> آن به‌روش همبستگی (منفی) با نسخه 12 گویه‌ای GHQ خوب گزارش شده است (تاریکون و همکاران، 2006). بررسی‌ها نشان داده‌اند نمره منفی ECI قابلیت پیش‌بینی زیادی در مورد نمره GHQ دارد (هاروی و همکاران، 2001؛ جویس<sup>39</sup>، لیس و اشموکلر، 2000؛ اشموکلر و همکاران، 1996). ECI در شرایط بالینی گوناگون (مانند روان‌پریشی بار اول<sup>40</sup> و بی‌اشتهایی عصبی<sup>41</sup>) نیز روایی و پایایی<sup>42</sup> خوبی داشته است (ادینگتون<sup>43</sup>، مک‌کلیری<sup>44</sup> و ادینگتون، 2005؛ ترژر<sup>45</sup> و همکاران، 2001). بررسی حاضر با هدف سازگاری فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی ECI در خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی انجام شد.

## روش

225 عضو خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی (دربرگیرنده اختلال‌های دوقطبی<sup>46</sup> و اسکیزوفرنیا<sup>47</sup>)

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 1- family intervention                 | 2- relapse                      |
| 3- family burden                       | 4- Dixon                        |
| 5- Adams                               | 6- Lucksted                     |
| 7- haroah                              | 8- Mari                         |
| 9- Rathbone                            | 10- Wong                        |
| 11- pathologize                        | 12- Hatfield                    |
| 13- Lefley                             | 14- Marsh                       |
| 15- Schene                             | 16- Tessler                     |
| 17- Gamache                            | 18- Chien                       |
| 19- Norman                             | 20- Tarricone                   |
| 21- Leese                              | 22- Szmukler                    |
| 23- Bassi                              | 24- Berardi                     |
| 25- Experience of Caregiving Inventory |                                 |
| 26- Harvey                             | 27- Burns                       |
| 28- Fahey                              | 29- Manley                      |
| 30- Tattan                             | 31- appraisal of caregiving     |
| 32- stress- appraisal-coping           | 33-General Health Questionnaire |
| 34- Goldberg                           | 35- Williams                    |
| 36- internal consistency               | 37- Cronbach $\alpha$           |
| 38- validity                           | 39- Joyce                       |
| 40- first episode psychosis            | 41- anorexia nervosa            |
| 42- reliability                        | 43- Addington                   |
| 44- McCleery                           | 45- Treasure                    |
| 46- bipolar                            | 47- schizophrenia               |

## یافته‌ها

62/3٪ آزمودنی‌ها (خانواده بیماران) مرد و 37/7٪ زن بودند. نسبت خانوادگی 34/7٪، 14/4٪، 22/2٪، 15/7٪ و 13٪ آزمودنی‌ها با بیمار به ترتیب عبارت بود از: مادر، پدر، برادر و خواهر، همسر و فرزند و سایر موارد. 54/1٪، 13/0٪، 10/3٪ و 22/6٪ بیماران به ترتیب تشخیص اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو<sup>10</sup> و تشخیص‌های دیگر یا یکی از سه تشخیص بالا با تشخیص همراه داشتند. 55/7٪ و 44/3٪ بیماران به ترتیب برای بار نخست و بیش از یک بار بستری شده بودند. مدت بیماری 19/9٪، 12/8٪، 13/5٪، 53/8٪ بیماران به ترتیب کمتر از یک سال، یک تا سه سال، سه تا پنج سال و بیش از پنج سال بود.

خرده‌مقیاس‌های نسخه فارسی ECI (و گویه‌های هر خرده‌مقیاس) عبارت بود از: رفتار مشکل<sup>11</sup> (دمدمی مزاج؛ غیرقابل پیش‌بینی؛ تحریک‌پذیری؛ بی‌ملاحظه؛ انجام رفتارهای بسیار بی‌احتیاط؛ شکاک؛ دارای سر و وضعی که مایه شرمساری است و رفتارهای عجیب)، نشانه‌های منفی<sup>12</sup> (گوشه‌گیر؛ بی‌میل به برقراری ارتباط؛ بی‌علاقه؛ کند در انجام کارها؛ غیرقابل اطمینان در انجام کارها و ناتوان در تصمیم‌گیری)، برچسب<sup>13</sup> (تلاش برای این که بیماری او را مخفی کنید؛ احساس کنید نمی‌شود بیماری او را به هیچ کس گفت؛ احساس کنید نمی‌شود در منزل از مهمان پذیرایی کرد؛ برچسب وجود بیمار روانی نسبت به خانواده؛ چه‌طور بیماری وی را برای دیگران توضیح بدهم)، مشکل با خدمات درمانی<sup>14</sup> (کادر پزشکی شما را جدی نمی‌گیرد؛ روبه‌رو شدن با روانپزشکان؛ ارتباط با کادر روانپزشکی چه‌طور باشد؛ کادر پزشکی موقعیت شما را درک نمی‌کند؛ چه‌طور در مورد مراقبت‌های انجام‌شده شکایت کنم؛ به‌دست آوردن اطلاعات در مورد این که بیمارستان‌ها و مراکز روانپزشکی چه‌طور عمل می‌کنند؛ پزشکان چه‌قدر نسبت به خدماتی که در دسترس خانواده‌ها است، اطلاع دارند؛ مشکل در به‌دست آوردن اطلاعات درباره بیماری او)، اثر روی خانواده<sup>15</sup>

بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های طالقانی و امام حسین (ع) - که در برنامه آموزش خانواده شرکت کرده بودند - پیش از شروع جلسه به دو پرسش‌نامه ECI و GHQ-28 و پرسش‌های مربوط به بیماری و جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. به افراد خانواده بیماران بی‌سواد و یا کم‌سواد، یا دارای زبان اولیه غیرفارسی، در پرکردن پرسش‌نامه‌ها کمک شد. گفتنی است در مواردی بیش از یک عضو خانواده بیمار در جلسه آموزش خانواده (و بنابراین در پژوهش حاضر) شرکت کرده بود.

روایی هم‌زمان<sup>1</sup> GHQ با مصاحبه بالینی و نسخه تجدیدنظرشده سیاهه نشانگان 90 گویه‌ای<sup>2</sup> (SCL-90-R) برای سرند کردن اختلال‌های روانی، خوب و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی<sup>3</sup> 0/85 گزارش شده است (نوربالا، محمد، باقری‌زیدی و یاسمی، 2001).

ECI به‌صورت خودگزارشی<sup>4</sup> و دربرگیرنده 66 گویه است. هشت خرده‌مقیاس (52 گویه) تجربه‌های منفی و دو خرده‌مقیاس (14 گویه) تجربه‌های مثبت را می‌سنجد. گویه‌ها در مقیاس لیکرت<sup>5</sup> پنج‌درجه‌ای، از هرگز تا تقریباً همیشه پاسخ داده شده، نمره بالاتر در هر قسمت نشان‌گر تجربه مثبت یا منفی در مراقبت از بیمار است.

پس از دریافت اجازه از پروفیسور اشموکلر، یک مترجم دوزبانه متن انگلیسی ECI را به فارسی برگرداند. سپس یک گروه دربرگیرنده روانشناس و روانپزشک ویرایش علمی و میان‌فرهنگی و یکسان‌سازی واژه‌ها را انجام دادند. این متن به 15 نفر از خانواده بیماران داده شد تا گویه‌های مبهم و مشکل‌دار مشخص شود. موارد مشخص‌شده به این شکل، دوباره به‌وسیله گروه متخصص مرور و رفع اشکال شد. سپس متن فارسی به‌دست‌آمده به‌وسیله یک مترجم دوزبانه به زبان انگلیسی برگردانده شد. این ترجمه دوباره در گروه متخصصان با متن اصلی مقایسه و بر این پایه متن نهایی پرسش‌نامه تنظیم شد. گفتنی است متن انگلیسی به‌دست‌آمده مورد تأیید پروفیسور اشموکلر قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-17<sup>6</sup> و به روش همبستگی پیرسون<sup>7</sup> انجام شد. پایایی به دو روش دونیمه‌سازی<sup>8</sup> و آلفای کرونباخ و روایی به دو صورت هم‌زمان (همبستگی با GHQ-28) و همگرا<sup>9</sup> (همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با هم و با نمره کل) ارزیابی شد.

1- concurrent validity

2- Symptom Checklist 90-Revised

3- test-retest reliability

4- self-report

5- Likert scale

6- Statistical Package for the Social Science-version 17

7- Pearson's correlation

8- split half method

9- convergent validity

10- schizoaffective

11- difficult behavior

12- negative symptoms

13- stigma

14- problems with services

15- effects on the family

دو خرده مقیاس مثبت نیز به ترتیب عبارت بود از: 0/76، 0/81 و 0/51.

کاربرد روش دونیمه سازی برای 52 گویه خرده مقیاس های منفی با شاخص ضریب همبستگی اسپیرمن - براون<sup>6</sup> 0/80 را به دست داد.

ضریب همبستگی پیرسون میان GHQ-28 و نمره کل منفی 0/37 (p≤0/01) و میان GHQ-28 و نمره کل مثبت 0/13- ولی غیر معنادار بود.

ضریب همبستگی میان خرده مقیاس های منفی با یکدیگر 0/28-0/70 (p<0/01)، میان هریک از خرده مقیاس های منفی با نمره کل منفی 0/55-0/78 (p<0/01)، میان دو خرده مقیاس مثبت 0/34 (p<0/01) و میان هریک از خرده مقیاس های مثبت با نمره کل مثبت 0/75-0/87 (p<0/01) بود.

## بحث

میزان پایایی ECI به روش دونیمه کردن و با کاربرد ضریب همبستگی اسپیرمن - براون، نیز میزان ثبات درونی به دست آمده برای خرده مقیاس ها، همسانی درونی قابل قبولی را نشان می دهد که در مقایسه با پژوهش های انجام شده (اشموکلو و همکاران، 1996؛ تاریکون و همکاران، 2006) در حد خوبی است.

میزان همبستگی به دست آمده در پژوهش حاضر میان نمره کل منفی و GHQ-28 (r=0/37، p≤0/01) معنادار بود. در نسخه ایتالیایی ECI، همبستگی میان نمره کل منفی و GHQ-12 0/47 (p<0/01) بود (تاریکون و همکاران، 2006). همبستگی مثبت میان تجربه منفی مراقبان و میزان استرس سنجیده شده با GHQ، نشان می دهد ساختار تجربه مراقبان بر پایه ارزیابی منفی از تجربه شان در رابطه با بیماری و بیمار، در فرهنگ های گوناگون، یکسان است (همان جا). همبستگی میان GHQ-12 و نمره کل مثبت نسخه ایتالیایی ECI نیز معنادار نبوده است (همان جا). به نظر می رسد شمار کمتر خرده مقیاس های مثبت در مقایسه با خرده مقیاس های منفی در این امر مؤثر باشد. در کل نمره منفی ECI قابلیت پیش بینی بهتری را نشان داده است (ادینگتون و همکاران 2005؛ تاریکون و همکاران، 2006).

(اعضا خانواده وضعیت من را درک نمی کنند؛ آیا او با بقیه افراد خانواده کنار می آید؛ بقیه اعضای خانواده این بیماری را درک نمی کنند؛ بقیه به دلیل بیماری او خانه را ترک می کنند؛ تأثیر این بیماری بر کودکان خانواده؛ فروپاشیدن خانواده در اثر این بیماری؛ بیماری او بر مراسم خاص خانوادگی تأثیر می گذارد)، نیاز به پشتیبانی<sup>1</sup> (او در مواظبت از پول هایش مشکل دارد؛ مجبورید حمایتش کنید؛ اگر بیماری او جدی تر شود، چه اثری بر وضعیت مالی شما خواهد داشت؛ وقتی پولش تمام شود، از او حمایت مالی کنم؛ او را در آسایشگاه بستری کنم؛ او با افراد ناجور رفت و آمد می کند)، وابستگی<sup>2</sup> (نمی توانید کارهایی را که می خواهید انجام دهید؛ وابستگی او به شما؛ کمک کردن به او تا روزش را پُر کند؛ او همیشه دغدغه خاطر شماست؛ احساس کنید که نمی شود او را در خانه تنها گذاشت)، ازدست دادن<sup>3</sup> (ممکن بود که زندگی شما جور دیگری باشد؛ خطر خودکشی او؛ شما کاری کرده باشید که باعث بیماری او شده باشد؛ او زیاد به مرگ فکر می کند؛ فرصت هایی که او از دست داده است؛ او از روی عمد سعی می کند به خودش آسیب برساند؛ آیا او هیچ وقت خوب می شود)، تجربه شخصی مثبت<sup>4</sup> (چیزهای بیشتری درباره خودم فهمیده ام؛ در این که بقیه بیماری او را درک کنند، نقش داشته ام؛ در ارتباط با دیگران اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده ام؛ افراد دیگر را که دچار مشکلاتی هستند، بهتر درک می کنم؛ با بعضی از اعضای خانواده ام صمیمی تر شده ام؛ با دوستانم صمیمی تر شده ام؛ افراد به درد بخوری را ملاقات کرده ام؛ به نقاط قوت خودم پی برده ام) و نکات مثبت رابطه<sup>5</sup> (در خوب بودن حالش نقش داشته ام؛ وجود او در خانواده با ارزش است؛ او در کنار آمدن با بیماریش قوی بوده است؛ او همدل خوبی است؛ بعضی از علاقه های من و او مشترک است؛ در ارتباط با او احساس می کنم که مفید هستم).

میزان ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ (و تعداد گویه ها) برای خرده مقیاس های رفتار مشکل، نشانه های منفی، برچسب، مشکل با خدمات درمانی، اثر روی خانواده، نیاز به پشتیبانی، وابستگی، ازدست دادن، تجربه شخصی مثبت و نکات مثبت رابطه به ترتیب عبارت بود از: 0/86 (8)، 0/84 (6)، 0/65 (5)، 0/59 (8)، 0/70 (7)، 0/46 (6)، 0/52 (5)، 0/67 (7)، 0/69 (8) و 0/68 (6). میزان ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ برای 52 گویه منفی (نمره کل منفی)، 14 گویه مثبت (نمره کل مثبت)، هشت خرده مقیاس منفی و

1- need to backup

2- dependency

3- loss

4- positive personal experience

5- good aspects of relationship

6- Spearman-Brown

## منابع

- Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79, 107-116.
- Chien, W. T., & Norman, I. (2004). The validity and reliability of a Chinese version of the family burden interview schedule. *Nursing Research*, 53, 314-322.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Goldberg, P., & Williams, P. (1988) *User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Harvey, K., Burns, T., Fahey, T., Manley, C., & Tattan, T. (2001). Relatives of patients with severe psychotic illness: Factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 456-461.
- Hatfield, B., & Lefley, P. (1987). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: Guilford.
- Joyce, J., Leese, M., & Szmukler, G. I. (2000). The experience of caregiving inventory: Further evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 185-189.
- Malakouti, K., Norri, R., Naghavi, M., Ahmadi-Abhari, A., Nasr, M., Afgha, S., Salehi, P., Hemati, M., & Moghadamnia, M. (2003). The burden of chronic mental patients and their need to care and therapeutic services. *Hakim Research Journal*, 6, 1-10. (Persian)
- Marsh, D. (1992). *Families and Mental Illness: New directions in Professional Practice*. New York: Praeger.
- Mosavinia, S. (2008). *Verona service satisfaction scale-32: Persian translation and cultural adaptation*. MD Thesis, Tehran University of Medical Sciences, Psychiatry and psychology research center, Tehran, Iran. (Persian)
- Mottaghipour, Y., Pourmand, D., Maleki, H., & Davidian, L. (2001) Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 195 – 199.
- Noorbala, A., Mohammad, K., Bagheri-Yazdi, S., & Yasamy, M., (2001). *A View of Mental Health in Iran*. Tehran, Iran. (Persian)
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). *Family interventions for schizophrenia (review)*. New York: John Wiley and Sons.
- دو نکته در مورد کاربرد نسخه فارسی ECI دارای اهمیت است: 1- میزان تحصیل اعضای خانواده بیماران، مانند هر پژوهشی که در آن افراد به پرسش‌نامه‌ای پاسخ می‌دهند، اهمیت دارد. تعدادی از افراد خانواده بیماران بی‌سواد و یا کم‌سواد بودند، یا زبان مادری آنان فارسی نبود. این موارد می‌تواند در یافته‌ها تأثیرگذار باشد. موسوی‌نیا (2008) در مقایسه پُر کردن پرسش‌نامه به‌وسیله خود فرد و پُر کردن پرسش‌نامه به‌وسیله دیگری با مصاحبه، نشان داد دقت پُر کردن پرسش‌نامه به‌صورت مصاحبه بیشتر است. البته باید توجه داشت که کاربرد این پرسش‌نامه در ساختار بالینی، در مورد افراد با میزان تحصیل گوناگون امکان‌پذیر است و ارزیابی‌کننده با توجه به میزان تحصیل مراقب، می‌تواند در مورد چگونگی اجرای آن تصمیم بگیرد. در نهایت ارزیابی تجربه مراقبت هر عضو خانواده برای آرایه آموزش روان‌شناختی در کار بالینی با اهمیت است. 2- میزان تمایل به گزارش نکات مثبت در فرهنگ ما نکته‌ای است که باید مورد توجه قرار گیرد. به بیان دیگر ما چه‌قدر به بیان احساس و نکات مثبت در شرایط دشوار توجه می‌کنیم؟ خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روان‌پزشکی، که شرایط دشوار و پُرفشاری را پشت سر می‌گذارند، چه‌قدر به بیان نکات مثبت مانند «در ارتباط با دیگران اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده‌ام» می‌پردازند؟ برای پاسخ به این پرسش به بررسی‌های میان‌فرهنگی نیاز است.
- در پایان می‌توان اشاره کرد که ECI برای شناخت و تعیین اهداف مناسب مداخله برای خانواده بیماران، بر پایه ارزیابی آنها از تجربه مراقبتشان از بیمار، هم‌چنین ارزیابی میزان اثربخشی برنامه‌های آموزش روان‌شناختی خانواده مفید است.

## سپاسگزاری

بدین وسیله از خانم‌ها دکتر نرگس بیرقی، دکتر فاطمه خدایی‌فر، پوران رفیعی، لیلا چوبینه، صدیقه تسلیمی همدانی و سحر طاهبازحسین‌زاده و آقایان دکتر مهدی صمیمی و دکتر ارشیا صدیقی، هم‌چنین رزیدنت‌های گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی و گروه همکاران پروژه سایکوز بار اول بیمارستان روزبه صمیمانه قدردانی می‌گردد. در ضمن قسمتی از بودجه این بررسی به‌وسیله معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأمین شده، که بدین وسیله تشکر می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

- Schene, A. H., Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 228-297.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herman, A., Benson, S., Clousa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the experience of caregiving inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Tarricone, I., Leese, M., Szmukler, G. I., Bassi, M., & Berardi, D. (2006). The experience of caregivers of patients with severe mental illness: A comparison between London and Bologna. *European Psychiatry*, 21, 93-101.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G. I., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.